

(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0831(17)
vom 11.03.05

15. Wahlperiode

Stellungnahmen zum

**Antrag „Altersgrenze für Vertragsärzte
beseitigen“ der Fraktion der FDP
(BT-Drucksache 15/940)**

**Antrag „Freie Wahl der Kostenerstattung
in der gesetzlichen Krankenversiche-
rung“ der Fraktion der FDP
(BT-Drucksache 15/3511)**

**Antrag „Nicht verschreibungspflichtige
Arzneimittel wieder als Leistung der ge-
setzlichen Krankenversicherung veran-
kern“ der Fraktion der FDP
(BT-Drucksache 15/3995)**

**Antrag „Wirkungen und Nebenwirkun-
gen des GKV-Modernisierungsgesetzes
– Kritische Bestandsaufnahme“ der
Fraktion der CDU/CSU
(BT-Drucksache 15/4135)**

Berlin, 9. März 2005

Hausadresse:
BDA im Haus der Deutschen Wirtschaft
Breite Straße 29
10178 Berlin

Briefadresse:
BDA im Haus der Deutschen Wirtschaft
11054 Berlin

Tel. +49 (0) 30 / 20 33 -0
Fax +49 (0) 30 / 20 33 -1055

<http://www.bda-online.de>

Altersgrenze für Vertragsärzte beseitigen – Antrag der FDP

Die Voraussetzungen, Bedingungen und Begründungen für die mit dem – am 1. Januar 1993 in Kraft getretenen – „**Gesundheitsstrukturgesetz**“ eingeführte Neuregelung, nach der die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung ab dem 1. Januar 1999 mit Vollendung des **68. Lebensjahres** endet (§ 95 Absatz 7 Satz 2 bis 4 SGB V), haben sich im Zeitverlauf tatsächlich erheblich verändert. Zumindest kann von einer allgemeinen bzw. grundsätzlichen **Übersversorgung**, die zudem als wesentliche Ursache für überhöhte Ausgabenzuwächse der Krankenkassen anzusehen ist, derzeit nicht mehr gesprochen werden.

Vor diesem Hintergrund ist die Forderung nach einer **Beseitigung der Altersgrenze 68** für Vertragsärzte bzw. Streichung des § 95 Absatz 7 Satz 2 bis 4 SGB V nachvollziehbar. Eine solche Vorgehensweise wäre allerdings sehr **einseitig** zugunsten der Anbieterseite bzw. der Leistungsanbieter auf dem Vertragsärztemarkt, die dann – unter dem geltenden Vertragsrecht (gemeinsames und einheitliches Handeln, Kontrahierungszwang) – zum Nachteil der **Nachfragerseite**, also der Krankenkassen bzw. der Beitragszahler, gehen könnte.

Die eindeutig bessere Lösung, die in angemessener Weise den Interessen aller Beteiligten Rechnung tragen würde, wäre die Schaffung von **Vertragsfreiheit** auch auf diesem Teilmarkt des Gesundheitswesens. Danach sollte es den Krankenkassen freigestellt sein, mit denjenigen Ärzten und Arztgruppen Verträge abzuschließen, die für eine ausreichende und wirtschaftliche **medizinische Versorgung** ihrer Mitglieder bzw. Versicherten erforderlich sind. Mit umgekehrten Worten: Ein **Kontrahierungszwang** der Krankenkassen wäre das genaue Gegenteil von – kostensenkendem und qualitätssicherndem – Wettbewerb. Das kann nicht gewollt sein.

Solange die Krankenkassen verpflichtet sind, mit allen in den Kassenärztlichen Vereinigungen organisierten Ärzten – ob mit oder ohne Altersgrenze – Versorgungsverträge abzuschließen, können die unbestreitbar vorhandenen **Effizienzreserven** im Gesundheitswesen nur in sehr begrenztem Umfang ausgeschöpft werden. Die **Qualifikation** des Leistungsanbieters sowie die Qualität und Wirtschaftlichkeit der erbrachten Leistung müssen – ebenso wie der Gesamtbedarf – Kriterien für den Vertragsabschluss sein. Der **Sicherstellungsauftrag** muss dann allerdings auch von den Krankenkassen übernommen werden.



Stellungnahme zum Antrag „Altersgrenze für Vertragsärzte beseitigen“ der Fraktion der FDP

Berlin, 9. März 2005

Freie Wahl der Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung – Antrag der FDP

Die Krankenkassen sollten – im **Wettbewerb** – selbst bestimmen können, wie die im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehenen Leistungen für ihre Versicherten erbracht werden. Mit anderen Worten: Die Regelung der Beziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungsanbietern sowie zwischen **Krankenkassen und Versicherten** muss grundsätzlich dem Vertragswettbewerb überlassen bleiben. Der Gesetzgeber hat sich auf die Setzung der unbedingt notwendigen **Rahmenbedingungen** zu beschränken.

Dadurch kann ein kostensenkender und qualitätssichernder Wettbewerb um die **beste Versorgungsform** – beispielsweise: „Integrierte Versorgung“, „Medizinische Versorgungszentren“, „Hausarztssystem“, „**Kostenerstattung oder Sachleistung**“ – gestartet werden. Eine gesetzliche Verpflichtung aller Krankenkassen, eine bestimmte Versorgungsform oder alle Versorgungsformen – also zwingend auch Kostenerstattung – anzubieten, ist hingegen nicht zielführend, weil verwaltungsaufwändig, kostenintensiv und **gleichmacherisch** bzw. wettbewerbsfeindlich.

Vor diesem Hintergrund ist der **konkrete Vorschlag** der FDP zur Änderung bzw. Neufassung des § 13 Absatz 2 SGB V, wonach **alle Krankenkassen** ihren Versicherten „anstelle der Sach- oder Dienstleistung Kostenerstattung für einzelne Bereiche oder auch für **alle Bereiche**“ anbieten müssen, abzulehnen.

Sollte **Kostenerstattung** von den Versicherten tatsächlich verstärkt nachgefragt werden und/oder tatsächlich zu spürbaren Entlastungen auf der Kostenseite bzw. bei den Krankenkassen – zum Beispiel durch mehr Kostentransparenz und größeres Kostenbewusstsein – führen, dann wird sich diese Versorgungsform ausreichend schnell **am Markt durchsetzen**. Eine gesetzliche Vorgabe würde dem entgegenstehen bzw. gegebenenfalls **Angebotsstrukturen** vorschreiben, die weder nachgefragt werden noch wirtschaftlich effizient sind. Das kann nicht gewollt sein.



Stellungnahme zum Antrag „Altersgrenze für Vertragsärzte beseitigen“ der Fraktion der FDP

Berlin, 9. März 2005

Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel wieder als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung verankern – Antrag der FDP

Die Übertragung nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel in die **Eigenverantwortung** der Versicherten – Ausnahmen: Kinder bis zum 12. Lebensjahr und schwerwiegende Erkrankungen (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss) – stellt in der Gesamtbetrachtung eine richtige Maßnahme des GKV-Modernisierungsgesetzes dar: Zum einen erfolgt dadurch eine notwendige **Neugewichtung** zwischen kollektiver und individueller Risikoabdeckung (Subsidiarität vor Solidarität). Zum anderen wurden diese Medikamente bereits vor Inkrafttreten der Neuregelung am 1. Januar 2004 weit überwiegend **ohne Kassenrezept** von den Versicherten eingekauft.

Dennoch ist zuzugestehen, dass zum einen die Rezeptpflicht nicht in allen denkbaren Fällen ein hinreichend geeignetes **Abgrenzungskriterium** zwischen erstattungspflichtigen und nicht erstattungspflichtigen Arzneimitteln sein kann. Ein Beleg hierfür sind bereits die oben genannten bzw. im Gesetz enthaltenen **Ausnahmeregelungen**. Denn bei der Abgrenzung stehen primär das Risiko- und Missbrauchspotenzial im Vordergrund, nicht aber die therapeutische Notwendigkeit oder der **Nutzen** für den Patienten.

Zum anderen kann die Herausnahme nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel aus dem Leistungskatalog der Krankenkassen in bestimmten Fällen durchaus zu **Substitutionseffekten** führen – Ersatz nicht verschreibungspflichtiger (kostengünstiger) durch verschreibungspflichtige (teurere) Medikamente – und damit gegebenenfalls auch zu geringeren **Kostenentlastungen** insgesamt. In diesem Zusammenhang sind ebenso Unterversorgungen durch Nichterwerb eines rezeptfreien Arzneimittels oder **Fehlversorgungen** durch Erwerb eines weniger geeigneten rezeptpflichtigen Arzneimittels nicht immer auszuschließen.

Vor diesem Hintergrund – grundsätzlich richtige Maßnahme mit gegebenenfalls partiellen Mängeln – muss die **Ausnahmeliste** kontinuierlich in beide Richtungen überprüft, also gegebenenfalls ergänzt und/oder ausgedünnt werden. Eine ersatzlose **Streichung** des § 34 Absatz 1 Satz 1 bis 4 SGB V wäre zu weitgehend und derzeit auch nicht zu rechtfertigen. Hierzu sind einerseits aussagekräftige Daten über Fehlsteuerungen und Versorgungsdefizite erforderlich, die bisher nicht vorliegen. Andererseits müsste eine solche Forderung zwingend mit Vorschlägen verknüpft sein, wie die daraus resultierenden **Mehrausgaben** der Krankenkassen durch Reformmaßnahmen an anderer Stelle voll kompensiert werden können.



Stellungnahme zum Antrag „Altersgrenze für Vertragsärzte beseitigen“ der Fraktion der FDP

Berlin, 9. März 2005

Wirkungen und Nebenwirkungen des GKV-Modernisierungsgesetzes – Kritische Bestandsaufnahme – Antrag der CDU/CSU

Das zum 1. Januar 2004 in Kraft getretene **GKV-Modernisierungsgesetz** enthält – vor allem mit den partiellen Leistungsausgrenzungen, den begrenzten Zuzahlungsausweitungen, der teilweisen Steuerfinanzierung von Fremdleistungen und dem Sonderbeitrag der Versicherten (0,9 Prozent ab 1. Juli 2005) – **richtige und wichtige Weichenstellungen**. Diese reichen aber bei weitem noch nicht aus, um die gesetzliche Krankenversicherung **dauerhaft leistungsfähig und finanzierbar** zu halten. Hier sind weitere Reformen unverzichtbar.

Insbesondere fehlen bisher eine wirkliche und nachhaltige **Intensivierung des Wettbewerbs** auf allen Ebenen des Gesundheitswesens (Vertragsfreiheit, Vertragswettbewerb und Marktliberalisierung) sowie eine grundlegende wachstums- und beschäftigungsfreundliche **Finanzierungsreform** (Gesundheitsprämien mit Auszahlung des Arbeitgeberanteils in den Bruttolohn und steuerfinanziertem Sozialausgleich an Einkommensschwache).

Die Anfang März 2005 vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung vorgelegten – enttäuschenden – **Finanzergebnisse für 2004** belegen nachdrücklich den großen weiteren Reformbedarf, vor allem auch um die mit dem GKV-Modernisierungsgesetz angestrebten **Beitragssatzziele** zu erreichen: Im Gegensatz zur Zielsetzung, den durchschnittlichen Beitragssatz noch in 2004 von 14,3 auf 13,6 Prozent zu senken, lag der Mittelwert am 1. Januar 2005 immer noch bei **14,2 Prozent**. Damit ist zugleich das weitere Ziel, in 2006 den durchschnittlichen Beitragssatz – ausschließlich Sonderbeitrag der Versicherten – auf 13,0 Prozent bzw. – einschließlich Sonderbeitrag der Versicherten – auf 12,1 Prozent zu senken, nicht mehr zu erreichen.

Vor diesem Hintergrund muss der **Arbeitgeberanteil** am Beitragssatz – mit Wirkung ab 1. Januar 2006 – gesetzlich auf höchstens **6,0 Prozent** des beitragspflichtigen Arbeitsentgelts festgeschrieben werden. Nur unter dieser Voraussetzung leistet die Gesundheitspolitik den mit dem GKV-Modernisierungsgesetz angestrebten unverzichtbaren, aber ohne weitere gesetzgeberische Maßnahmen nicht mehr realisierbaren Beitrag zur Sicherung bestehender und Schaffung neuer **Arbeitsplätze**.

Eine zeitnahe, ausführliche und intensive Überprüfung der **Umsetzung**, Wirkung und Zielerfüllung von Gesetzen sollte eine Selbstverständlichkeit sein bzw. zu einer Selbstverständlichkeit werden. Nur dann können



Stellungnahme zum Antrag „Altersgrenze für Vertragsärzte beseitigen“ der Fraktion der FDP

Berlin, 9. März 2005

Fehlentwicklungen, unerwünschte Nebenwirkungen und Zielverfehlungen rechtzeitig erkannt und – durch **Nachbesserungen**, Ergänzungen und Neuausrichtungen – umgehend korrigiert werden.

Mit anderen Worten: Eine solche gründliche Gesetzesüberprüfung, wie von der CDU/CSU jetzt für das GKV-Modernisierungsgesetz vorgeschlagen, darf sich nicht in bloßen – wenn auch richtigen und wichtigen – **Feststellungen** (Lob und Tadel) erschöpfen, sondern muss darüber hinaus unmittelbar zum Anlass genommen werden für alternative, ergänzende und/oder weitergehende **Reformvorschläge**. Das gilt insbesondere immer dann, wenn ausgabensenkende, kostenreduzierende und/oder effizienzerhöhende **Maßnahmen** teilweise oder ganz zurückgenommen werden sollen, und zwar unabhängig von der dahinter stehenden Begründung, Motivation oder Zielsetzung.



Stellungnahme zum Antrag „Altersgrenze für Vertragsärzte beseitigen“ der Fraktion der FDP

Berlin, 9. März 2005